Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Jours d'hospitalisation en soins de courte durée et diagnostics de troubles mentaux

par Helen Johansen et Philippe Finès

Décembre 2012

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit nº 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2012

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.html).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Jours d'hospitalisation en soins de courte durée et diagnostics de troubles mentaux

par Helen Johansen et Philippe Finès

Diffusé en ligne le 19 décembre 2012

Résumé

Contexte

Les données de la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé ont été utilisées pour examiner les jours d'hospitalisation en soins de courte durée des patients pour lesquels un problème de santé mentale était codé comme étant le diagnostic principal ou un diagnostic de trouble comorbide. En 2009-2010, les patients ayant reçu un diagnostic de trouble mental représentaient 11,8 % des personnes hospitalisées et 25,5 % des jours d'hospitalisation en soins de courte durée. Les patients pour lesquels le trouble mental constituait le diagnostic principal représentaient 9,0 % des jours d'hospitalisation (1,2 million), tandis que ceux ayant reçu un diagnostic de trouble mental comorbide représentaient 16,5 % des jours d'hospitalisation (2,3 millions). Les diagnostics de troubles mentaux étaient souvent associés à des problèmes de santé physique. La durée moyenne du séjour dans le cas des hospitalisations associées à un diagnostic de trouble mental était deux fois et demie celle des hospitalisations non associées à un tel diagnostic. Environ un quart des jours d'hospitalisation liés à un diagnostic de trouble mental étaient désignés comme des jours nécessitant un niveau de soins alternatif.

Mots-clés

Comorbidité, dossiers d'hospitalisation, durée du séjour à l'hôpital, niveau de soins alternatif, patients atteints de troubles mentaux, santé mentale, troubles mentaux

Auteurs

Helen Johansen (1-613-722-5570; helen.johansen@gmail.com) travaillait à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6 et Philippe Finès (1-514-283-6847; philippe.fines@statcan.gc.ca) y travaille actuellement.

En dépit de l'augmentation du nombre d'études sur la santé mentale basées sur la population à l'échelle nationale et provinciale[1-6], des lacunes importantes persistent quant à la compréhension de l'incidence des troubles mentaux sur l'utilisation des services de soins de santé. Les études ont tendance à être axées sur les problèmes de santé mentale comme diagnostic principal et fournissent peu d'information sur les problèmes de santé mentale comme trouble comorbide. Cependant, les troubles psychiatriques peuvent accompagner des problèmes de santé physique et plusieurs d'entre eux augmentent le risque d'un mauvais état de santé mentale[7-10]. La combinaison de problèmes de santé physique et de problèmes de santé mentale peut donner lieu à des taux plus élevés d'utilisation des soins de santé, car les problèmes de santé mentale compliquent souvent la recherche d'aide, le diagnostic et le traitement, et peut influer sur le pronostic[11-14].

Fondée sur des données administratives concernant les hôpitaux de soins de courte durée, la présente étude porte sur les hospitalisations associées à un diagnostic principal de trouble mental ou à un diagnostic de trouble mental comorbide (voir l'encadré *Les données*). L'analyse s'appuie sur le nombre de jours d'hospitalisation et sur la durée moyenne du séjour, plutôt que sur le nombre d'hospitalisations. Le nombre total de jours représente une mesure indirecte de l'utilisation des ressources du réseau des hôpitaux de soins de courte durée, tandis

Les données

Les données proviennent de la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé et sont compilées à partir des dossiers de congé des patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins de courte durée[15]. La présente analyse exclut les nouveau-nés, les mortinaissances, les résidents du Québec, les patients ne résidant pas au Canada ainsi que ceux ne possédant pas de numéro d'identification du patient utilisable. Les dossiers ne contenant pas de dates d'admission ou de sortie ainsi que les dossiers sans mention sur le sexe ont également été exclus. Au total, 2 069 690 dossiers de patients ayant reçu leur congé de l'hôpital au cours de l'exercice 2009-2010 (d'avril à mars) ont été retenus pour la présente étude.

Un dossier d'hospitalisation est produit pour chaque sortie d'hôpital au moment où le patient quitte l'établissement parce qu'il a reçu son congé, qu'il est transféré, qu'il part contre l'avis des médecins ou qu'il est décédé. Dans la présente analyse, les dossiers d'hospitalisation ont trait aux soins reçus durant une hospitalisation; ils ne comprennent pas les visites aux services de consultation externes.

Un diagnostic « principal » est attribué à chaque dossier d'hospitalisation. Les diagnostics déclarés de troubles mentaux qui ne sont pas désignés comme étant les « diagnostics principaux » ont été considérés comme des « troubles comorbides ». Afin de déterminer les diagnostics de troubles mentaux, on a utilisé les codes de la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10-CA)[1,16-18].

La durée du séjour correspond au nombre de jours indiqués dans le dossier d'hospitalisation, plus précisément au nombre de jours écoulés de la date de l'admission à la date du congé. Dans les cas où l'admission et le congé ont eu lieu le même jour, la durée du séjour a été fixée à 0,5. Seuls les jours de l'exercice 2009-2010 ont été inclus (du 1er avril 2009 au 31 mars 2010).

Les statistiques descriptives (pourcentages et moyennes) ont été calculées en utilisant la version 9.1.3 du logiciel SAS.

que la durée moyenne du séjour indique l'intensité de l'utilisation des services hospitaliers. La présente étude constitue une mise à jour d'un document de travail précédent[19], mais contrairement à celui-ci, elle ne renferme pas de résultats sur le Québec, à cause des limites sur les données.

Moins de 1 % de la population utilise un quart des jours d'hospitalisation

En 2009-2010, environ 182 000 personnes ayant un diagnostic de trouble mental ont reçu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée au moins une fois (données non présentées). Elles représentaient 0,7 % de la population, mais 11,8 % de l'ensemble des patients ayant reçu leur congé de l'hôpital cette année-là. Chez le tiers de ces patients (61 900), un trouble mental constituait le diagnostic principal, tandis que chez les deux tiers restants (120 500), un trouble mental était l'état comorbide. Ces patients représentaient 25,5 % du nombre total de jours d'hospitalisation, dont 9,0 % (environ 1,3 million de jours) étaient attribuables à un diagnostic

Tableau 1
Jours d'hospitalisation en soins de courte durée, selon le groupe d'âge et la présence d'un diagnostic de trouble mental, Canada, le Québec non compris, 2009-2010

	Nombre total de jours					Pourcentage de jours			Durée moyenne du séjour (jours)				
	Total de jours		Diagnostic principal de trouble mental	Diagnostic de trouble mental comorbide	Pas de diagnostic de trouble mental	Diagnostic principal de trouble mental	Diagnostic de trouble mental comorbide	Pas de diagnostic de trouble mental	Diagnostic principal de trouble mental	Diagnostic de trouble mental comorbide	Pas de diagnostic de trouble mental	Ratio†	Ratio‡
	'000	%	'000			%							
Total	**14 058**	**100,0**	**1 270**	**2 320**	**10 467**	**9,0**	**16,5**	**74,5**	**16,0**	**15,3**	**5,7**	**2,8**	**2,7**
Groupe d'âge													
0 à 9 ans	337	2,4	7	14	316	2,0	4,1	93,8	13,5	8,3	3,4	3,9	2,4
10 à 19 ans	387	2,8	114	27	245	29,5	7,1	63,4	11,9	5,9	3,2	3,7	1,8
20 à 29 ans	776	5,5	127	51	598	16,4	6,6	77,0	11,9	6,1	2,7	4,3	2,2
30 à 39 ans	917	6,5	117	79	722	12,7	8,6	78,7	10,5	7,9	3,0	3,5	2,6
40 à 49 ans	1 017	7,2	142	144	731	14,0	14,2	71,9	10,7	9,6	4,4	2,4	2,2
50 à 59 ans	1 569	11,2	140	221	1 208	8,9	14,1	77,0	12,8	11,9	5,5	2,3	2,2
60 à 69 ans	2 120	15,1	120	298	1 702	5,7	14,0	80,3	18,3	15,9	6,4	2,9	2,5
70 à 79 ans	2 851	20,3	172	499	2 180	6,0	17,5	76,5	27,0	19,5	7,8	3,5	2,5
80 à 89 ans	3 187	22,7	259	755	2 172	8,1	23,7	68,2	31,7	20,1	9,6	3,3	2,1
90 ans et plus	898	6,4	73	231	594	8,1	25,7	66,1	32,6	19,8	11,6	2,8	1,7

† nombre moyen de jours associés à un diagnostic principal de trouble mental au nombre moyen de jours non associés à un diagnostic de trouble mental
‡ nombre moyen de jours associés à un trouble mental comorbide sur nombre moyen de jours non associés à un diagnostic de trouble mental
Nota : La somme des valeurs détaillées peut ne pas correspondre au total à cause de l'arrondissement.
Source : Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

principal de trouble mental et 16,5 % (2,3 millions de jours) comportaient un diagnostic de trouble mental comorbide (tableau 1).

Chez les hommes et les femmes, on a relevé des pourcentages comparables de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins de courte durée attribuables à un diagnostic de trouble mental. Un diagnostic principal de trouble mental a été enregistré pour 9,2 % et 8,9 % des jours d'hospitalisation utilisés respectivement par les hommes et les femmes (données non présentées). Les chiffres correspondants pour les diagnostics de trouble mental comorbide étaient de 17,3 % et de 15,9 %.

Profils variant selon l'âge

Le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins de courte durée comportant un diagnostic de trouble mental variait selon l'âge des patients et selon qu'il s'agisse d'un diagnostic principal de trouble mental ou d'un diagnostic de trouble mental comorbide.

Le pourcentage de jours d'hospitalisation attribuables à un diagnostic principal de trouble mental était le plus élevé chez les patients de 10 à 19 ans (tableau 1). Environ 30 % du nombre total de jours passés à l'hôpital par le groupe des 10 à 19 ans en 2009-2010 était associé à un diagnostic principal de trouble mental. Chez les patients plus âgés, le pourcentage de jours d'hospitalisation liés à un diagnostic principal de trouble mental diminuait en général selon la progression de l'âge, et chez les personnes de 50 ans et plus, il était inférieur à 10 %.

En revanche, le pourcentage de jours d'hospitalisation liés à un diagnostic de trouble mental comorbide augmentait avec l'âge, passant de moins de 10 % des jours chez les patients de moins de 40 ans à environ un quart des jours chez les patients de 80 ans et plus.

Séjours à l'hôpital plus longs

Les diagnostics de troubles mentaux, qu'ils soient principaux ou comorbides, étaient associés à des séjours à l'hôpital beaucoup plus longs – dans l'ensemble, plus de deux fois et demie aussi longs – que les séjours ne comportant pas de diagnostic de trouble mental (tableau 1). Cette tendance se vérifiait chez les patients de tous les groupes d'âge. Par exemple, les patients dans la vingtaine n'ayant pas reçu de diagnostic de trouble mental passaient en moyenne 2,7 jours à l'hôpital. Par contre, les patients du même âge ayant reçu un diagnostic principal de trouble mental séjournaient en moyenne 11,9 jours à l'hôpital, et ceux ayant reçu un diagnostic de trouble mental comorbide, 6,1 jours. Chez les patients septuagénaires, les moyennes étaient de 7,8 jours pour les hospitalisations sans diagnostic de trouble mental, de 27,0 jours pour les hospitalisations liées à un diagnostic principal de trouble mental et de 19,5 jours pour les hospitalisations liées à un diagnostic de trouble mental comorbide.

Troubles mentaux

Les trois diagnostics principaux de trouble mental à l'origine du nombre le plus élevé de jours d'hospitalisation en soins de courte durée étaient les diagnostics de troubles organiques (démence, délire) (461 000), de troubles de l'humeur (313 000) et de troubles schizophréniques et psychotiques (266 000) (données non présentées). Les trois diagnostics de trouble mental comorbide à l'origine du nombre le plus élevé de jours d'hospitalisation étaient les diagnostics de troubles organiques (1 404 000), de troubles de l'humeur (600 000) et de troubles liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues (537 000).

Comme prévu, le nombre de jours d'hospitalisation liés à un diagnostic principal et à un diagnostic comorbide attribuables à des troubles mentaux organiques était le plus élevé chez les patients de 70 ans et plus (données non présentées). Les jours d'hospitalisation attribuables à des troubles liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues étaient fréquents pour un grand nombre d'intervalles d'âges, principalement à titre de troubles comorbides. Les jours d'hospitalisation attribuables à des troubles de l'humeur étaient associés principalement à un diagnostic principal chez les jeunes, mais changeait vers un diagnostic de trouble comorbide chez les personnes plus âgées. Les troubles schizophréniques et psychotiques constituaient fréquemment le diagnostic principal chez les personnes de 20 à 60 ans.

Maladies associées à la comorbidité mentale

Le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins de courte durée associés à une comorbidité mentale différait selon le principal type de maladie (tableau 2). Le chiffre variait de 2,4 % des jours pour les hospitalisations liées à la grossesse à 24,8 % des jours pour les hospitalisations liées à des maladies du système nerveux (p. ex. maladie de Parkinson). Parmi les autres types de maladies pour lesquelles le pourcentage de jours d'hospitalisation associés à un diagnostic de trouble mental comorbide était relativement élevé, mentionnons les maladies métaboliques (22,9 %), les blessures et les empoisonnements (23,6 %), et les maladies infectieuses et parasitaires (23,1 %).

Indépendamment du type de maladie, une comorbidité mentale était associée à une augmentation considérable de la durée moyenne du séjour. Par exemple, les patients ayant un diagnostic principal de néoplasme (cancer) sans comorbidité mentale passaient en moyenne 7,6 jours à l'hôpital; pour ceux présentant une comorbidité mentale, la durée moyenne du séjour était de 21,0 jours. Quant aux patients hospitalisés en raison d'une maladie du système circulatoire, les moyennes correspondantes étaient de 7,1 jours et de 17,2 jours.

Niveau de soins alternatif

Le terme « niveau de soins alternatif » (NSA) détermine les patients hospitalisés qui ont terminé la phase de soins de courte durée de leur traitement, mais qui occupent toujours un lit d'hôpital en raison de besoins continus en matière de soins ultérieurs ou de l'indisponibilité de services de soutien dans la collectivité[20,21]. Ces patients

peuvent demeurer longtemps dans des hôpitaux de soins de courte durée. Les analyses antérieures indiquent que la démence constitue le diagnostic le plus courant chez les patients nécessitant un NSA qui effectuent de longs séjours[22] et que le diagnostic psychiatrique est fréquent chez les patients nécessitant un NSA[23].

Au cours de l'exercice 2009-2010, les patients nécessitant un NSA représentaient 13 % des jours d'hospitalisation (plus de 1,8 million). Environ un quart des jours d'hospitalisation attribuables aux diagnostics de troubles mentaux ont été désignés comme des jours d'hospitalisation de NSA contre 9 % des jours non associés à un diagnostic de trouble mental (tableau 3).

La présente étude comporte plusieurs limites. Les résultats font référence aux hospitalisations dans les hôpitaux de soins de courte durée; puisque les hôpitaux psychiatriques n'étaient pas inclus, les hospitalisations liées à certains des troubles mentaux les plus graves ne sont pas incluses dans l'analyse. En fait, les hôpitaux psychiatriques représentent environ 15 % de toutes les hospitalisations associées à un trouble mental[1]. En outre, les services d'urgence ne faisaient pas partie du champ d'observation de l'étude. Enfin, la validité des conclusions tirées de l'analyse de grandes bases de données administratives dépend de l'exactitude des codes de diagnostic définissant les cas, laquelle n'a pas pu être déterminée.

Conclusion

En 2009-2010, les patients hospitalisés ayant reçu un diagnostic de trouble mental représentaient moins de 1 % de la population, mais ils ont utilisé 25 % des jours d'hospitalisation en soins de courte durée. Les deux tiers de ces jours d'hospitalisation comportaient une comorbidité mentale. La durée moyenne du séjour des patients ayant reçu un diagnostic de trouble mental comorbide était plus de deux fois et demie celle des patients n'ayant pas reçu de diagnostic de trouble mental, indépendamment de l'âge et du diagnostic primaire des patients. De plus, environ un quart de tous les jours

Tableau 2
Jours d'hospitalisation en soins de courte durée, selon le principal type de maladie et la présence d'un diagnostic de trouble mental, Canada, le Québec non compris, 2009-2010

Type de maladie (Chapitres de la CIM-10-CA)	Jours d'hospitalisation		Durée moyenne du séjour (jours)		
	Total	Diagnostic de trouble mental comorbide	Pas de diagnostic de trouble mental	Diagnostic de trouble mental comorbide	Ratio[1]
	milliers	%	nombre		
Tous les chapitres	**14 058**	**2,3**	**6,7**	**13,5**	**2,0**
1 Maladies infectieuses	438	23,1	7,3	18,0	2,5
2 Cancer	1 170	10,7	7,6	21,0	2,8
3 Maladies du sang	132	12,0	6,1	11,8	1,9
4 Maladies métaboliques	450	22,9	7,3	14,6	2,0
5 Maladies mentales	1 195	1,9	..	..	..
6 Maladies du système nerveux	410	24,8	10,1	19,4	1,9
7 Maladies de l'œil	14	8,6	2,3	9,5	4,2
8 Maladies de l'oreille	15	9,2	2,7	7,5	2,8
9 Maladies de l'appareil circulatoire	2 086	16,8	7,1	17,2	2,4
10 Maladies de l'appareil respiratoire	1 219	20,6	6,3	13,7	2,2
11 Maladies de l'appareil digestif	1 236	13,9	5,3	11,7	2,2
12 Maladies de la peau	193	20,1	8,4	16,7	2,0
13 Maladies du système ostéo-articulaire	693	12,9	5,3	16,7	3,2
14 Maladies de l'appareil génito-urinaire	578	18,8	4,2	13,6	3,3
15 Accouchement	737	2,4	2,4	4,5	1,9
16 Maladies périnatales	23	x	17,7	x	x
17 Maladies congénitales	46	10,1	4,7	19,4	4,1
18 Symptômes, signes (non classés ailleurs)	719	26,4	4,7	12,8	2,7
19 Blessures et empoisonnements	1 365	23,6	6,7	13,5	2,0
20 Causes externes	1 339	22,6	8,2	28,4	3,5

[1] nombre moyen de jours associés à un trouble mental comorbide au nombre moyen de jours non associés à un trouble mental comorbide
.. n'ayant pas lieu de figurer
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Nota : La présente analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA.
Source : Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 3
Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins de courte durée désignés comme nécessitant un niveau de soins alternatif, selon le groupe d'âge et la présence d'un diagnostic de trouble mental, Canada, le Québec non compris, 2009-2010

	Nombre total de jours d'hospitalisation	Pourcentage de jours d'hospitalisation nécessitant un niveau de soins alternatif		
		Diagnostic principal de trouble mental	Diagnostic de trouble mental comorbide	Pas de diagnostic de trouble mental
		%		
Total	**13,0**	**23,2**	**26,6**	**8,7**
Groupe d'âge				
0 à 9 ans	0,5	0,2	1,1	0,5
10 à 19 ans	0,9	0,7	2,5	0,8
20 à 29 ans	1,7	3,4	4,2	1,2
30 à 39 ans	2,3	3,1	9,0	1,4
40 à 49 ans	4,5	4,8	11,5	3,1
50 à 59 ans	6,3	9,6	14,4	4,4
60 à 69 ans	8,6	20,9	19,7	5,8
70 à 79 ans	15,2	41,4	29,2	9,9
80 à 89 ans	23,3	50,4	34,9	16,1
90 ans et plus	31,1	53,6	39,4	25,0

Source : Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

d'hospitalisation associés à un problème de santé mentale étaient désignés comme nécessitant un niveau de soins alternatif, ce qui indique les possibles besoins de soins continus ou l'indisponibilité de services de soutien dans la collectivité. ■

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2005-2006*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, disponible à l'adresse https://secure.cihi.ca/free_products/Hmhdb_annual_report_2008_f.pdf (document consulté en 2008).
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Existe-t-il un lien entre la durée du séjour à l'hôpital et la réadmission pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie?*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2008.
3. Agence de la santé publique du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, (Agence de la santé publique du Canada, nº HP5-19/2006F au catalogue), Ottawa, Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php (document consulté en 2006).
4. Institut de recherche en services de santé, « Chapter 10: Mental health: Levels of need and variations in service use in Ontario », *Practice Atlas, 2nd Ed*, Toronto, Institut de recherche en services de santé, 2003.
5. Manitoba Centre for Health Policy, *Patterns of Regional Mental Illness Disorder Diagnoses and Service Use in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, Manitoba, disponible à l'adresse http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports.htm (document consulté en 2004).
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Exploration de l'utilisation des services de santé mentale en milieu hospitalier en Ontario, 2007-2008*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, disponible à l'adresse https://secure.cihi.ca/free_products/OMHRS_aib_fr.pdf (document consulté en 2009).
7. S. Leucht et K. Fountoulakis, « Improvement of the physical health of people with mental illness. Medical comorbidity », *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 2006, p. 411-412.
8. M.A. Oakley Browne, J.E. Wells et K.M. Scott, (eds), *Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey*, Wellington, New Zealand, Ministry of Health, 2006.
9. C. Rodriguez et S. Thankam, « The interplay of comorbidity among patients with medical illness and mental illness: A sociological perspective », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Sociological Association, August 2007*, New York, New York, 2007.
10. K.L. Huang, T.P. Su, C. Tzeng-Ji *et al.*, « Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: A population based 4-year study », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 2009, p. 401-409.
11. C. Shen, U. Sambamoorthi et G. Rust, « *Disease Management* », 11(3), 2008, p. 153-160. doi:10.1089/dis.2007.0012.
12. R. Banerjea, U. Sambamoorthi, D. Smelson et L.M. Pogach, « Expenditures in mental illness and substance use disorders among veteran clinic users with diabetes », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 35(3), 2008, p. 290-303.
13. L.S. Goldman, « Comorbid medical illness in psychiatric patients », *Current Psychiatry Reports*, 2, 2000, p. 256-263.
14. M. Prince, V. Patel, S. Saxena *et al.*, « No health without mental health », *The Lancet*, 8, 370(9590), 2007, p. 859-877.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *Qualité des données de 2001-2002 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
16. Organisation mondiale de la Santé, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
17. Institut canadien d'information sur la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (CIM-10)*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003.
18. Organisation mondiale de la Santé, Mental and Behavioural Disorders, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
19. H. Johansen et C. Sanmartin, « La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée », *Rapports sur la santé*, nº 006, 2011.
20. P. Nord, « Alternate level of care: Ontario addresses the long waits », *Canadian Family Physician*, 55, 2009, p. 786.
21. A.P. Costa et J.P. Hirdes, « Clinical characteristics and service needs of alternate-level-of-care patients waiting for long-term care in Ontario hospitals », *Healthcare Policy*, 6(1), 2010, p. 33-46.
22. Institut canadien d'information sur la santé, *Niveaux de soins alternatifs au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2009.
23. P.A. Costa, J.W. Poss, T. Peirce et J.P. Hirdes, « Acute care inpatients with long-term delayed discharge: evidence from a Canadian health region », *Health Services Research*, 12, 2012, p. 172.